

A Systematic Review of the Underlying Drivers of Discharge Against Medical Advice in Iran

Ghasem Abedi¹
 Roya Malekzadeh²
 Khalil Momeni³
 Ehsan Amin Poor⁴

¹ Associate Professor, Department of Health Services Management, Faculty of Public Health, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Assistant Professor, Department of Health Services Management, Faculty of Public Health, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Assistant Professor, Department of Health Services Management, School of Public Health, Health Sciences Research Center, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

⁴ MSc Student in Health Care Management, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received November 15, 2025; Accepted June 27, 2026)

Abstract

Background and purpose: Discharge Against Medical Advice (DAMA) is a major challenge for health systems, with significant adverse clinical, ethical, and economic outcomes. In Iran, numerous studies have examined this phenomenon; however, the available evidence is fragmented and seldom integrates the perspectives of both patients and healthcare providers. This study aimed to systematically review DAMA in Iran from the perspectives of patients and healthcare providers.

Materials and methods: This systematic review was conducted according to the PRISMA 2020 guidelines. A comprehensive search was performed across PubMed, Scopus, Web of Science, SID, and MagIran without any time restriction. The PubMed search formula was: (((("Discharge Against Medical Advice"[Mesh]) OR ("Against Medical Advice"[tiab]) OR ("DAMA"[tiab])) AND ("Iran"[Mesh] OR "Iran"[tiab])) NOT ("Editorial"[pt] OR "Letter"[pt] OR "Comment"[pt])). Boolean operators AND, OR, and NOT were applied. Quantitative, qualitative, and mixed-methods studies addressing DAMA in Iran were included. Study quality was assessed using the NOS, JBI, CASP, and MMAT assessment tools. Two independent reviewers extracted the data and synthesized the findings using a thematic approach.

Results: A total of 50 studies met the eligibility criteria, including 42 quantitative, 6 qualitative, and 2 mixed-methods studies, and were included in the review. Thematic synthesis revealed four main themes: (1) economic pressures and financial insecurity as the primary driver of DAMA; (2) communication breakdowns and the erosion of trust in patient-provider relationships; (3) negative emotional experiences during hospitalisation and attempts to regain personal agency; and (4) professional, ethical, and structural conflicts from the perspective of healthcare providers. Overall, the findings demonstrated that DAMA in Iran is a multidimensional and multifaceted phenomenon.

Conclusion: DAMA in Iran results from the interaction of individual, communicative, professional, and structural factors. Effective interventions require integrated strategies that simultaneously address patients' experiences, healthcare providers' challenges, and structural barriers to reduce the incidence of DAMA.

Keywords: Discharge against Medical Advice, DAMA, systematic review, patients, healthcare professionals, Iran

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (259): 281-296 (Persian).

Corresponding Author: Ehsan Amin Poor - Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
 (E-mail: ehsan_amin94@yahoo.com)

مرور نظام مند پویایی‌های پنهان ترخیص بر خلاف توصیه پزشک در ایران

قاسم عابدی^۱

رویا ملک زاده^۲

خلیل مومنی^۳

احسان امین پور^۴

چکیده

سابقه و هدف: ترخیص بر خلاف توصیه پزشک (DAMA) یکی از چالش‌های عمده نظام‌های سلامت است که با پیامدهای نامطلوب بالینی، اخلاقی و اقتصادی همراه است. در ایران، مطالعات متعددی به این پدیده پرداخته‌اند؛ با این حال، شواهد موجود پراکنده بوده و به ندرت دیدگاه‌های بیماران و کارکنان نظام سلامت را به طور یکپارچه بررسی کرده‌اند. این مطالعه با هدف، مرور نظام مند DAMA در ایران از دیدگاه بیماران و کارکنان نظام سلامت، انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: این مرور نظام مند، مطابق با PRISMA 2020 انجام شد. جستجوی جامع در PubMed، Scopus، Web of Science، SID و MagIran بدون محدودیت زمانی صورت گرفت. فرمول جستجوی PubMed شامل
(((("Discharge Against Medical Advice"[Mesh]) OR ("Against Medical Advice"[tiab]) OR ("DAMA"[tiab])) AND ("Iran"[Mesh] OR "Iran"[tiab])) NOT ("Editorial"[pt] OR "Letter"[pt] OR "Comment"[pt])) بود. عملگرهای بولی AND، OR و NOT به کار رفتند. مطالعات کمی، کیفی و آمیخته مرتبط با DAMA در ایران وارد شدند. کیفیت مطالعات با ابزارهای NOS، JBI، CASP و MMAT ارزیابی گردید. دو داور مستقل داده‌ها را استخراج و با رویکرد تماتیک سنتز کردند.

یافته‌ها: در مجموع ۵۰ مطالعه (۴۲ کمی، ۶ کیفی، ۲ آمیخته) وارد مرور شدند. ترکیب تماتیک چهار تم اصلی، فشارهای اقتصادی و ناامنی مالی به عنوان محرک اصلی DAMA، گسست‌های ارتباطی و فرسایش اعتماد در روابط بیمار-ارائه دهنده، تجربه‌های هیجانی منفی از بستری و تلاش برای باز پس‌گیری عاملیت و تعارض‌های حرفه‌ای، اخلاقی و ساختاری از دیدگاه کارکنان سلامت، را آشکار ساخت. یافته‌ها نشان داد که DAMA در ایران پدیده‌ای چند بعدی و چند صدایی است. **استنتاج:** DAMA در ایران حاصل تعامل عوامل فردی، ارتباطی، حرفه‌ای و ساختاری است. مداخلات مؤثر نیازمند راهبردهای یکپارچه‌ای هستند که هم‌زمان به تجربه بیماران، چالش‌های کارکنان و اصلاحات ساختاری بپردازند.

واژه‌های کلیدی: ترخیص بر خلاف توصیه پزشک، DAMA، مرور نظام مند، بیماران، کارکنان نظام سلامت، ایران

مؤلف مسئول: احسان امین پور - ساری کیلومتر ۱۸ جاده فرح آباد، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم، دانشکده بهداشت E-mail: ehsan_amin94@yahoo.com

۱. دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، مرکز علوم تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، مرکز علوم تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۸/۲۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۴/۸/۲۵ تاریخ تصویب: ۱۴۰۵/۴/۶

مقدمه

(پدیده‌ای پیچیده و چند وجهی زمانی رخ می دهد که بیمار علی رغم توصیه صریح پزشک به ادامه بستری، پیش از تکمیل فرایندهای تشخیصی یا درمانی پیشنهادی، بیمارستان را ترک می کند) (۱، ۲). اگر چه DAMA اغلب به صورت رسمی از طریق امضای یک فرم رضایت نامه ثبت می شود، شواهد فزاینده‌ای نشان می دهد که این موضوع بسیار فراتر از یک اقدام حقوقی یا اداری است؛ بلکه بازتابی از تعامل پویا میان عوامل بالینی، اخلاقی، سازمانی، اجتماعی و ارتباطی در درون نظام‌های سلامت است (۵-۳).

در سطح جهانی، DAMA همواره با پیامدهای نامطلوب برای بیمار، از جمله افزایش میزان بستری مجدد برنامه‌ریزی نشده، افزایش مرگ و میر کوتاه مدت و بلند مدت، گسست در تداوم مراقبت و تحمیل بار اقتصادی قابل توجه بر نظام‌های سلامت، همراه بوده است (۹-۶). مطالعات گروهی بزرگ در ایالات متحده، بریتانیا و دیگر کشورهای با درآمد بالا نشان داده‌اند بیمارانی که برخلاف توصیه پزشک ترخیص می شوند، در مقایسه با بیمارانی که به صورت معمول ترخیص می گردند، با خطر به مراتب بیش تری برای بستری مجدد زود هنگام و مرگ روبه‌رو هستند (۶، ۹). مرورهای روایتی و مرورهای چتری نیز نشان می دهند که DAMA محدود به رشته‌های تخصصی خاصی نیست، بلکه طیفی از حوزه‌ها، از طب اورژانس و داخلی گرفته تا روان پزشکی، کودکان و خدمات جراحی را در بر می گیرد و بدین ترتیب بر ماهیت نظام‌مند این پدیده تأکید می کند (۱۰، ۱۱).

بخش اورژانس (ED) به عنوان بستری به ویژه پرخطر برای DAMA شناخته شده است که دلیل آن فشار زمانی، ازدحام، محدود بودن ارتباط میان بیمار و ارائه دهنده‌ی خدمت، و اضطراب عاطفی تشدید شده می باشد (۱۴-۱۲). بخش‌های روان پزشکی نیز بافت حساس دیگری را تشکیل می دهند که در آن DAMA با مسائلی مانند بینش بیمار، انگ اجتماعی، احساس اجبار و ظرفیت حقوقی تلاقی پیدا می کند و اغلب تنش‌های اخلاقی بین خودمختاری بیمار و

مسئولیت حرفه‌ای را تشدید می نماید (۱۷-۱۵). فراتر از برخورد‌های صرفاً بالینی، آسیب پذیری اجتماعی اقتصادی، نیازهای برآورده نشده‌ی سلامت، وضعیت بیمه‌ای و ناکارآمدی‌های نظام سلامت، بارها به عنوان عوامل مهمی معرفی شده‌اند که تصمیم بیماران برای ترک بیمارستان بر خلاف توصیه پزشکی را شکل می دهند (۱۸، ۱۹).

در دهه‌ی گذشته، بدنه‌ی روبه‌رشدی از پژوهش‌های کیفی، تمرکز را از توصیف‌های صرفاً اپیدمیولوژیک، به سمت کاوش عمیق تر تجربه‌های زیسته و برداشت‌های پیرامون DAMA سوق داده است (۲۰، ۲۱، ۲۲). این مطالعات نشان می دهند بیماران غالباً DAMA را به عنوان ابراز خودمختاری، پاسخی به احساس بی توجهی یا ارتباط ضعیف، یا راهبردی برای مواجهه با فشارهای مالی، خانوادگی و اجتماعی تعبیر می کنند (۲۳، ۲۴). از منظر حرفه‌ای‌های سلامت، DAMA اغلب به صورت یک معضل اخلاقی و حرفه‌ای تجربه می شود (۲۵، ۲۶). که با احساس ناامیدی، ترس از پیامدهای حقوقی و نگرانی در مورد ایمنی بیمار همراه است (۲۷، ۲۸). کاستی‌ها در ارتباط پرستار و بیمار و پزشک بیمار، مراقبت پرستاری از قلم افتاده، و همکاری بین حرفه‌ای ضعیف، به عنوان عوامل مؤثر و بحرانی در وقوع رویدادهای DAMA شناسایی شده‌اند (۲۴-۲۲).

در ایران، DAMA پدیده‌ای به ویژه برجسته، اما از نظر نظری کم تر پرداخته شده است. مطالعات تجربی انجام شده در بیمارستان‌های ایران، ناهمگونی قابل توجهی در میزان DAMA در بخش‌های اورژانس، روان پزشکی و بخش‌های عمومی پزشکی نشان داده‌اند؛ به طوری که شیوع گزارش شده تحت تأثیر عوامل جمعیت شناختی، شدت بیماری، طول مدت بستری و ویژگی‌های نهادی قرار دارد (۱۲، ۱۴، ۲۵، ۲۶). مطالعات کیفی ایرانی نیز بر تفسیرهای فرهنگ محور از DAMA تأکید کرده‌اند؛ از جمله برداشت‌هایی مانند تلقی ترخیص به عنوان یک حق قانونی، بی اعتمادی به روند‌های مراقبتی، و نارضایتی از ارتباط و هماهنگی مراقبت هم‌زمان، ارائه دهندگان خدمات سلامت در ایران، DAMA را منبعی از فشار اخلاقی، ناکارآمدی سازمانی و

مواد و روش‌ها

طرح مطالعه

این پژوهش به صورت یک مرور نظام‌مند بر مطالعات کمی، کیفی و روش‌های آمیخته درباره‌ی ترخیص بر خلاف توصیه پزشکی (DAMA) در ایران طراحی شد. این مرور مطابق با دستورالعمل‌های «گزینه‌های گزارش‌دهی ترجیحی برای مرورهای نظام‌مند و متاآنالیز 2020 (PRISMA)» انجام شد که چارچوبی استاندارد برای گزارش‌دهی شفاف مرورهای نظام‌مند فراهم می‌کند.

راهبرد جستجو

جستجوی جامع در پایگاه‌های اطلاعاتی بین‌المللی PubMed، Scopus و Web of Science و پایگاه‌های ایرانی SID و MagIran بدون محدودیت زمانی تا تاریخ فروردین ۱۴۰۴ انجام شد. عملگرهای بولی شامل AND، OR و NOT به کار رفتند. محدودیت زبان به فارسی و انگلیسی اعمال شد.

فرمول کامل جستجو در PubMed به صورت زیر بود.
 (((("Discharge Against Medical Advice"[Mesh]) OR ("Against Medical Advice"[tiab]) OR ("DAMA"[tiab]) OR ("Self Discharge"[tiab]) OR ("Leave Against Medical Advice"[tiab])) AND ("Iran"[Mesh] OR "Iran"[tiab])) NOT ("Editorial"[pt] OR "Letter"[pt] OR "Comment"[pt]))

فرمول مشابه با کلید واژه‌های معادل فارسی شامل «ترخیص بر خلاف توصیه پزشکی»، «DAMA»، «ترخیص زود هنگام» و «ایران» در پایگاه‌های فارسی استفاده شد.

معیارهای ورود

مطالعات در صورت داشتن معیارهای، در ایران انجام شده بودند، به ترخیص بر خلاف توصیه پزشکی در میان بیماران بستری پرداخته بودند، دیدگاه‌های بیمار، خانواده، متخصص مراقبت سلامت یا نظام سلامت را بررسی کرده بودند و از طرح‌های کمی، کیفی یا روش‌های آمیخته استفاده کرده بودند، وارد مرور شدند. مطالعاتی که

آسیب‌پذیری حرفه‌ای توصیف می‌کنند، به‌ویژه در محیط‌هایی که با محدودیت منابع مواجه‌اند (۱۷، ۲۱، ۲۷، ۲۸). پژوهش‌های جهانی اخیر در زمینه‌ی فرایندهای ترخیص از بیمارستان، انتقال مراقبت و دیدگاه ذی‌نفعان، بینش‌های زمینه‌ای ارزشمندی را برای درک DAMA فراتر از انتخاب فردی بیمار فراهم می‌کنند. مطالعات انجام شده در اروپا، استرالیا، شرق آسیا و آمریکای شمالی، نقش محوری برنامه‌ریزی ساختار یافته‌ی ترخیص، ارتباط بین حرفه‌ای، و حمایت بیمار □ محور را در کاهش ترخیص‌های ناایمن و بستری مجدد مورد تأکید قرار داده‌اند (۳۱-۲۹). با این حال، بخش عمده‌ی این ادبیات بر ترخیص‌های روتین یا مراقبت انتقالی تمرکز دارد نه به‌طور مشخص بر DAMA، و شواهد موجود از کشورهای با درآمد کم و متوسط همچنان محدود است (۳۲).

با وجود افزایش حجم پژوهش‌های ایرانی و بین‌المللی، شواهد موجود درباره‌ی DAMA همچنان پراکنده و گسسته است. مطالعات کمی غالباً بر شیوع و عوامل پیش‌بینی‌کننده تمرکز دارند، در حالی که پژوهش‌های کیفی عمدتاً یک گروه از ذی‌نفعان یا یک محیط بالینی مجزا را در کانون توجه قرار می‌دهند. افزون بر این، تاکنون هیچ مرور سیستماتیکی که شواهد مربوط به DAMA در ایران را از منظر چند ذی‌نفعی شامل بیماران و حرفه‌ای‌های سلامت - یک جا ترکیب کند و هم‌زمان یافته‌های ملی را در بستر ادبیات بین‌المللی گسترده‌تر قرار دهد، انجام نشده است.

بنابراین، مرور نظام‌مند حاضر با هدف سنتز انتقادی شواهد کمی و کیفی موجود درباره‌ی ترخیص بر خلاف توصیه پزشکی در ایران، با تأکید ویژه بر دیدگاه‌های بیماران و حرفه‌ای‌های سلامت، انجام شده است. این مرور، با ادغام الگوهای اپیدمیولوژیک، تجربه‌های زیسته، ملاحظات اخلاقی و عوامل سازمانی، در پی ارائه‌ی درکی ظریف، چند لایه و حساس به زمینه از DAMA در ایران است و تلاش می‌کند شکاف‌های دانشی را که می‌توانند سیاست‌گذاری، عمل بالینی و پژوهش‌های آینده را جهت‌دهی کنند، شناسایی نماید.

چکیده‌ی همایش بدون متن کامل بودند، سرمقاله‌ها، تفسیرها، نامه‌ها به سردبیر، یا مطالعاتی که ارتباط مستقیمی با DAMA نداشتند، از مرور حذف شدند.

انتخاب مطالعه

تمام سوابق بازیابی شده در یک نرم‌افزار مدیریت منابع وارد شد و سوابق تکراری حذف گردید. عناوین و چکیده‌ها توسط دست کم دو داور به‌طور مستقل از نظر ارتباط موضوعی غربال شدند، و پس از آن، متن کامل مطالعات بالقوه واجد شرایط بر اساس معیارهای از پیش تعریف شده‌ی ورود و خروج، ارزیابی شد. اختلاف‌ها در فرایند انتخاب از طریق بحث و رسیدن به اجماع برطرف شد و در صورت لزوم، داور سومی نیز مورد مشورت قرار گرفت. فرایند انتخاب مطالعه در نمودار جریان PRISMA 2020 نشان داده شده است (تصویر شماره ۱).

یافته‌های کلیدی مرتبط با DAMA بود. استخراج داده‌ها به‌طور مستقل توسط دو داور انجام شد و مغایرت‌ها از طریق مقایسه و اجماع برطرف شد.

ارزیابی کیفیت

کیفیت روش شناختی مطالعات وارد شده با استفاده از ابزارهای استاندارد که در جدول شماره ۱ ارائه شده است، ارزیابی شد. دو داور به‌طور مستقل هر مطالعه را ارزیابی کردند و اختلافات از طریق بحث و رسیدن به اجماع برطرف شد.

جدول شماره ۱: ابزارهای استاندارد برای ارزیابی کیفیت روش شناختی مطالعات

نوع مطالعه	ابزار ارزیابی
مطالعات کوهورت و مورد-شاهدی کمی	ابزار نیوکاسل-اوتاوا (Newcastle-Ottawa Scale – NOS)
مطالعات مقطعی کمی	JBIC Checklist
مطالعات کیفی	CASP (نسخه ۲۰۱۸)
مطالعات آمیخته	MMAT (نسخه ۲۰۱۸)

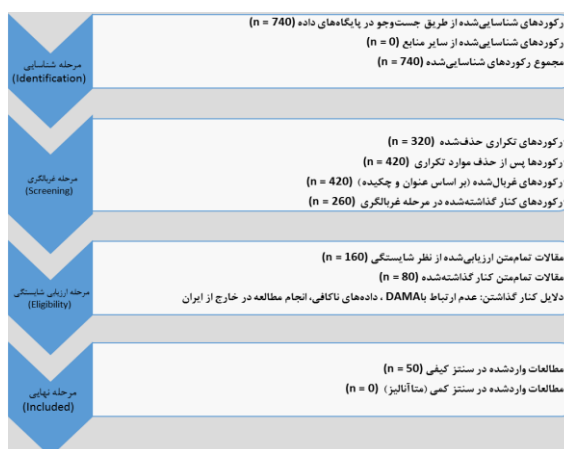
ترکیب داده‌ها

با توجه به ناهمگونی طرح‌های مطالعه، جمعیت‌ها و معیارهای پیامد، انجام متاآنالیز امکان‌پذیر نبود. بنابراین، یافته‌ها با استفاده از رویکرد سنتز روایتی و موضوعی ترکیب شدند. نتایج کمی به‌صورت توصیفی خلاصه گردید، در حالی که یافته‌های کیفی به‌صورت موضوعی تحلیل شدند، تا الگوهای تکرار شونده، معانی و پویایی‌های زیربنایی مرتبط با DAMA در میان دیدگاه‌های مختلف ذی‌نفعان شناسایی شود.

یافته‌ها

انتخاب مطالعات

جست‌وجوی اولیه در پایگاه‌های داده، در مجموع ۷۴۰ رکورد را شناسایی کرد. پس از حذف موارد تکراری و غربالگری عناوین و چکیده‌ها، ۱۸۷ مقاله برای ارزیابی تمام متن از نظر واجد شرایط بودن بررسی شدند. در نهایت، ۵۰ مطالعه معیارهای ورود را داشتند و در این مرور نظام‌مند گنجانده شدند. فرایند انتخاب



تصویر شماره ۱: نمودار جریان PRISMA 2020 برای فرایند انتخاب مطالعات

استخراج داده‌ها

داده‌ها با استفاده از یک فرم استاندارد استخراج داده که برای این مرور تدوین شده بود، استخراج شد. اطلاعات استخراج شده شامل نام نویسنده (گان)، سال انتشار، محل انجام مطالعه، طرح مطالعه، جمعیت مطالعه و حجم نمونه، دیدگاه (بیماران، متخصصان مراقبت سلامت، خانواده‌ها، یا ذی‌نفعان در سطح نظام) و

مطالعات مطابق با راهنمای PRISMA 2020 دنبال شد و در تصویر شماره ۱ نشان داده شده است.

ویژگی‌های مطالعات وارد شده

مطالعات وارد شده شامل پژوهش‌های کمی، کیفی و روش‌های آمیخته بودند که در بیمارستان‌های آموزشی، دولتی و خصوصی در مناطق مختلف ایران انجام شده بودند. این مطالعات، دیدگاه‌های بیماران، اعضای خانواده و متخصصان مراقبت سلامت، از جمله پزشکان، پرستاران و مدیران بیمارستان را درباره ترخیص بر خلاف توصیه پزشکی (DAMA) بررسی کرده‌اند. خلاصه‌ای از ویژگی‌های کلیدی مطالعات وارد شده در جدول شماره ۲، ارائه شده است.

سنتز تماتیک

سنتز تماتیک نشان داد که ترخیص بر خلاف توصیه پزشکی در ایران پدیده‌ای چند بُعدی و چند صدایی است. چهار تم اصلی شناسایی شد.

۱. فشارهای اقتصادی و ناامنی مالی

هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم مراقبت سلامت، پوشش بیمه‌ای ناکافی، و نگرانی از پیامدهای مالی ناشی از تداوم بستری در بیمارستان، به‌طور مستمر به‌عنوان محرک‌های اصلی DAMA گزارش شدند.

۲. گسست‌های ارتباطی و فرسایش اعتماد در روابط بیمار-ارائه دهنده خدمت

ارتباط ناکارآمد، درک بیماران از نادیده گرفته شدن نگرانی‌هایشان، و مشارکت محدود آن‌ها در تصمیم‌گیری‌های بالینی، به‌طور چشمگیری بر تصمیم بیماران برای ترک زودهنگام بیمارستان تأثیر گذاشت.

۳. تجربه‌های هیجانی منفی از بستری و تلاش برای بازپس‌گیری عاملیت

احساس درماندگی، اضطراب، از دست دادن خودمختاری، و رنج هیجانی در طول دوره بستری موجب

شد بیماران، ترخیص زودهنگام را به‌عنوان راهی برای بازگرداندن کنترل شخصی و عاملیت خود جست‌وجو کنند.

۴. تعارض‌های حرفه‌ای، اخلاقی و ساختاری از منظر ارائه دهندگان خدمت

متخصصان مراقبت سلامت، DAMA را پیامدی از محدودیت‌های نظام‌مند، بار کاری سنگین، معضلات اخلاقی، و ظرفیت محدود برای پاسخ‌گویی به نیازهای پیچیده پزشکی و روان اجتماعی بیماران توصیف کردند. به‌طور کلی، یافته‌ها نشان می‌دهند که DAMA در ایران صرفاً یک تصمیم فردی بیمار نیست، بلکه نتیجه برهم‌کنش‌های پیچیده میان عوامل فردی، ارتباطی، حرفه‌ای و ساختاری است.

بحث

این مرور نظام‌مند، شواهد کمی و کیفی مربوط به ترخیص بر خلاف توصیه پزشکی (DAMA) در ایران را از منظر بیماران و ارائه دهندگان خدمات سلامت تلفیق کرد. یافته‌ها نشان می‌دهند که DAMA پدیده‌ای چند بُعدی است که به‌واسطه برهم‌کنش میان عوامل اقتصادی، ارتباطی، هیجانی، حرفه‌ای و ساختاری شکل می‌گیرد. DAMA نه یک عمل ساده عدم تبعیت، و نه یک رویداد حقوقی منفرد است؛ بلکه فرایندی مژداره شده و اغلب محل مناقشه است که در آن بیماران، خانواده‌ها و ارائه دهندگان خدمت در دل نظام سلامت، میان اولویت‌ها، محدودیت‌ها و انتظارات متعارض حرکت می‌کنند و آن‌ها را مدیریت می‌کنند. به عبارتی یافته‌های این مرور نظام‌مند نشان می‌دهد که ترخیص برخلاف توصیه پزشکی (DAMA) در ایران پدیده‌ای چند وجهی است که از تعامل عوامل فردی، اقتصادی، ارتباطی و ساختاری ناشی می‌شود. علیرغم تفاوت‌های زمینه‌ای، این الگو با شواهد گزارش شده در ادبیات جهانی مطابقت نزدیک دارد (۳۳-۶).

جدول شماره ۲: ویژگی‌های مطالعات وارد شده درباره تریخیص بر خلاف توصیه پزشکی (DAMA) در ایران

پایه های کلیدی	دیدگاه	جمعیت نمونه	طرح مطالعه	مکان مطالعه	سال	نویسندگان	شماره مرجع
DAMA به عنوان حق قانونی و شکلی از خود تعیینی درک شد. ۴ تم اصلی: ویژگی‌های تجربه، پاسخ به تجربه آسیب‌زاه، محرومیت و سردرگمی (شامل ۱۹ زیرتم). بیدارن تجربیات متنوعی از جمله ترس، فک اجتماعی، احساس گناه، طردشدگی و اختلال در نقش‌های اجتماعی را گزارش کردند.	بیدار	بیداران	کیفی	ایران	۲۰۲۲	متعارفی و همکاران (۱).	۱
تجربه خانواده‌های قربانیان کوید-۱۹ شامل ۵ تم اصلی: شوک اولیه، ترس و اضطراب، گنگ اجتماعی، مشکلات اقتصادی و تاب‌آوری. کیفیت تریخیص بیمارستان از دیدگاه ذی‌نفعان در ایران. نرخ DAMA و علل آن در بیمارستان‌های مازندران. علل شامل: احساس بهبودی، مشکلات مالی، نارضایتی از خدمات DAMA. عنوان تمارش اخلاقی بین خودمختاری و سودمندی مطرح شد.	خانواده‌ها	بیداران کووید	کیفی	تهران	۲۰۲۲	یوسفی و همکاران (۳).	۳
احساس درمان و بهبودی کامل و تمایل در درمان در خانه DAMA را افزایش داد. شدت بیماری و وینش با میزان DAMA مرتبط بود. روند بلند مدت نشان داد که نرخ DAMA پایدار با مسائل سیستمی مرتبط است.	ذی‌نفعان نظام سلامت	ذی‌نفعان نظام سلامت	مطالعه موردی	ایران	۲۰۲۵	بهزادی نژاد و همکاران (۴).	۴
حدود ۱۷٪ از پاسخ‌دهندگان (۲۲۷ نفر) نیاز برآورده‌نشده به خدمات سرپایی داشتند. عوامل مرتبط: نیاز بالای سرپایی، تحصیلات پایین، اقتصاد پایین، یقه تکمیلی، یقه پای، شغل بودن و گروه‌های سنی مختلف. دلایل اصلی: دسترسی (۴۰٪)، مسئولیت‌پذیری (۸٪)، پذیرش مختلف (۱۳٪) و در دسترس بودن (۴٪).	بیدار	بیداران	مقطعی	مازندران	۲۰۱۴	کریمی صاب و همکاران (۵).	۵
DAMA وضعیت اجتماعی-اقتصادی و نارضایتی از مراقبت‌های ارائه شده ارتباط داشت. DAMA ریشه در بی اعتمادی، ترس و انتظارات برآورده نشده دارد. ارتباطات ضعیف و انتظارات برآورده نشده باعث افزایش DAMA شده است. طرح تحول سلامت نرخ DAMA را کاهش داد.	بیدار	بیداران	تحلیل اخلاقی و مقطعی	ایران (لورزاس ها)	۲۰۱۴	طوایی و همکاران (۱۳).	۶
ارتباط شده ارتباط داشت. DAMA ریشه در بی اعتمادی، ترس و انتظارات برآورده نشده دارد. ارتباطات ضعیف و انتظارات برآورده نشده باعث افزایش DAMA شده است. طرح تحول سلامت نرخ DAMA را کاهش داد.	بیدار	۱۲۵ بیمار بستری	مقطعی	تهران	۱۴۰۲	شیرمحمدی و همکاران (۱۴).	۷
مراقبت‌های پرستاری از قلم‌افاده در بیمارستان‌های ایران و عوامل مرتبط با آن. نرخ DAMA ۴/۸ درصد، عوامل: عدم همراه، مشکلات ترابری، هزینه و عوامل ارتباطی. تم اصلی: شکاف بین انتظار و واقعیت در مراقبت بیمارستانی. فشارهای مالی و خانوادگی غالب بودند.	بیدار	بیداران	مقطعی	ایران	۲۰۲۴	ثریا و همکاران (۱۵).	۸
محدودیت‌های اقتصادی، تسکین علائم و زمان انتظار طولانی باعث شدند DAMA سن کم‌تر و نگرانی‌های مالی مرتبط بود. زمان انتظار طولانی و بهبودی بالایی درک شده DAMA را پیش‌بینی کرد. DAMA در جوانان، مردها و مسائل مالی پیش‌تر مشاهده شد.	بیدار	بیداران	مقطعی	ایران	۲۰۲۱	ابن حبیبی و همکاران (۱۶).	۹
۶ طبقه اصلی: اصرار بیمار، دلنگی، احساس بهبودی، نگرانی مالی، نارضایتی از مراقبت، نگرانی از عواقب بستری DAMA. سن، جنسیت و هزینه‌های درمان ارتباط داشت. نرخ DAMA در جوانان بیش‌تر بود. مسائل مالی و نارضایتی از مراقبت‌ها کلیدی بودند. ازدحام و بهبودی درک شده DAMA را پیش‌بینی کرد.	بیدار	بیداران	مقطعی	ایران	۲۰۱۸	واحدی و همکاران (۱۷).	۱۰
سختی اقتصادی و نیازهای خانواده باعث DAMA شد. نارضایتی و عدم وجود اطلاعات DAMA را پیش‌بینی کرد. ترس از ابتلا، گنگ اجتماعی و عدم اعتماد به سیستم درمانی. نرخ DAMA ۸/۶ عوامل سطح بیمار (سن، یقه، نوع بیماری) و سطح پزشک (تخصص، جنسیت، تجربه).	بیدار	بیداران	مقطعی	ایران	۲۰۱۸	رنجبر عزت آبادی و همکاران (۱۸).	۱۱
نرخ DAMA ۱۲/۸. دلایل اصلی: نارضایتی از مشاهده شدن در اورژانس، احساس بهبودی، تشویق کارکنان به تریخیص. استرس مالی و پیش‌آگهی ضعیف DAMA تأثیر گذاشت. نرخ DAMA ۷/۵ درصد، دلایل: مشکلات مالی ۴۲ درصد، نارضایتی از خدمات ۲۸ درصد.	بیدار	بیداران	مقطعی	ایران	۲۰۲۴	عزیز زاده و پور رنجبر (۱۹).	۱۲
۶۷٪ مذکور. دلایل شایع: خستگی از محیط، مشکلات شغلی وابستگی به خانواده، بهبودی نسی درک شده. نرخ DAMA ۴/۷۵ درصد از کل بیداران اورژانس (۳۵۲ نفر از ۴۷۱۱ بیدار). بیشترین علت: تمایل به ادامه درمان بهبود حال عمومی، ادامه درمان در بخش خصوصی. اگر بیداران مذکور متاهل و با اقامت کمتر از یک روز بودند.	بیدار و پزشک	بیداران و پزشک	مقطعی	شمال غرب ایران	۲۰۲۴	شفقت و همکاران (۲۰).	۱۳
بیداران سالمند در مقابل جوان‌ترها. بیداران بستری. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران تازه تریخیص شده. ۲۲ بیمار کووید-۱۹. ۱۶۰۷ بیمار و ۱۳۷ پزشک.	بیدار	بیداران اورژانس	مقطعی	آذربایجان شرقی	۲۰۱۸	تقی زاده و همکاران (۲۱).	۱۴
بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس.	بیدار	بیداران اورژانس	مقطعی	ایران	۲۰۱۲	لفقی و همکاران (۲۲).	۱۵
بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس.	بیدار	بیداران اورژانس	مقطعی	ایران	۲۰۲۰	چگینی و همکاران (۲۳).	۱۶
بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس.	بیدار	بیداران اورژانس	مقطعی	ایران	۱۳۹۸	ایوب زاده و همکاران (۲۴).	۱۷
بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس.	بیدار	بیداران اورژانس	مقطعی	ایران	۲۰۱۹	پاکپور و همکاران (۲۵).	۱۸
بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس.	بیدار	بیداران اورژانس	مقطعی	مشهد	۲۰۱۷	وجدانی و مولوی طالقانی (۲۶).	۱۹
بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس.	بیدار	بیداران اورژانس	مقطعی	ایران (لورزاس ها)	۲۰۱۳	نوحی و همکاران (۲۸).	۲۰
بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس.	بیدار	بیداران اورژانس	مقطعی	ایران	۲۰۱۲	منوچهری و همکاران (۲۹).	۲۱
بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس.	بیدار	بیداران اورژانس	مقطعی	تهران	۲۰۱۰	شیرانی و همکاران (۳۰).	۲۲
بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس.	بیدار	بیداران اورژانس	مقطعی	ایران	۲۰۱۷	اشرافی و همکاران (۳۱).	۲۳
بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس.	بیدار و خانواده	بیداران و خانواده بیداران	کیفی (تحلیل محتوای استقرایی)	تهران	۲۰۲۲	علی‌دوست و همکاران (۳۲).	۲۴
بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس.	بیدار	بیداران سی سی یو	مقطعی	آذربایجان شرقی	۲۰۱۸	اقدس اعظمی و همکاران (۳۳).	۲۵
بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس.	بیدار	بیداران سالمند در مقابل جوان‌ترها	مقطع مقایسه‌ای	کاشان	۲۰۱۶	کوگایی یدگلی و همکاران (۳۴).	۲۶
بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس.	بیدار	بیداران بستری	توصیفی	گجساران	۲۰۱۸	روایی پور و همکاران (۳۵).	۲۷
بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس.	بیدار	بیداران اورژانس	مقطعی	ایران (لورزاس ها)	۲۰۲۲	مایل افشار و همکاران (۳۶).	۲۸
بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس.	بیدار	بیداران اورژانس	مقطعی	رفسنجان	۲۰۱۹	اسماعیلی رنجبر و همکاران (۳۷).	۲۹
بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس.	بیدار	بیداران تازه تریخیص شده	نظرسنجی تلفنی	ایران	۲۰۲۴	حیدری و همکاران (۳۸).	۳۰
بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس.	بیدار	۲۲ بیمار کووید-۱۹	کیفی	ایران	۲۰۲۲	اردکانی و همکاران (۳۹).	۳۱
بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس.	بیدار و پزشک	۱۶۰۷ بیمار و ۱۳۷ پزشک	مقطعی	شمال غرب ایران	۲۰۲۴	طالب پور و همکاران (۴۱).	۳۲
بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس.	بیدار	بیداران اورژانس	مقطعی	تهران	۲۰۱۶	حدادی و همکاران (۴۲).	۳۳
بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس.	خانواده	خانواده نورافان	مقطعی	ایران (NICU)	۲۰۲۳	مهدی پور و همکاران (۴۳).	۳۴
بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس.	بیدار	۵۵۰ بیمار بخش داخلی	مقطعی	تهران	۱۳۹۷	اشرافی و همکاران (۴۴).	۳۵
بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس.	بیدار	۱۵۶ مورد	مقطعی	یزد	۲۰۲۶	سالاری خواه و همکاران (۴۵).	۳۶
بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس. بیداران اورژانس.	بیدار	۱۱۹۰ بیمار	مقطعی	رشت	۲۰۲۰	محمدی کجینی و همکاران (۴۶).	۳۷

عوامل بیمارستانی: محیط آموزشی، رفتار نامناسب کادر، ازدحام عوامل بیمار: تمایل به درمان در خانه احساس بهبودی نسی نرخ DAMA: ۵۷٪/۶۸٪ مذکر. علت اصلی: دلایل شخصی و اصرار بیمار	زن باردار	۱۶۸ زن باردار و ۱۹۱ شاهد	مورد شاعدی	سیستان و بلوچستان	۲۰۱۶	طباطبایی و همکاران (۶۷).	۳۸
نرخ DAMA در میان قربانیان تصادفات ۱۷٪ بود. شایع‌ترین دلیل ترخیص با رضایت شخصی، مشکلات درمانی (۲۳/۸٪) و سپس مسائل مربوط به بستری بود. ۴۶/۱۵٪ از بیماران هر چهار دسته دلیل (شخصی، درمانی، بیمارستانی و اجتماعی) را ذکر کردند.	بیمار	بیماران بستری	توصیفی-تحلیلی	کردستان	۲۰۲۵	شمس، طیزاده و همکاران (۶۸).	۳۹
بی اقتصادی به کادر درمان	بیمار	۱۴۷ نفر	توصیفی - مقطعی	تهران	۲۰۱۸	پور آقا و همکاران (۶۹).	۴۰
نرخ DAMA بسیار متفاوت بود: مشکلات مالی و نارضایتی از علل نرخ DAMA: ۵۴ درصد، عوامل: نگرانی مالی، ترس از جراحی، حمایت خانوادگی ناکافی	(والدین، پرستاران پزشکان)	۲۹ مصاحبه عمیق	کیفی	تهران	۲۰۱۸	یگجانی و همکاران (۷۰).	۴۱
انگ، عدم پیش و فشار خانواده بر میزان DAMA تاثیر داشت. نرخ DAMA: ۳۶/۳ درصد. از بیماران اورژانس (۶۹۹۳ از ۱۹۳۱۳).	بیمار	مطالعه ۲۷ مقاله ایرانی	مرور نظامند و متاآنالیز	ایران	۲۰۱۵	محسنی و همکاران (۷۱).	۴۲
میانگین سنی: ۳۸/۱۹ سال. ۵۷٪ مذکر. عوامل مرتبط: جوان بودن، متأهل بودن، فقدان بیمه، ملیت ایرانی، روستایی بودن، سکونت در مشهد، طول مدت اقامت، شیفت/روز/ماه فصل پذیرش. نرخ نهایی DAMA ۳۴ درصد گزارش شده است.	بیمار	۴۰۰ بیمار جراحی قلب	مقطعی	همدان	۲۰۱۹	ملکی جاماسی و همکاران (۷۲).	۴۳
شایع‌ترین علت: DAMA: احساس بهبودی کامل ۴۵/۴ درصد و کم‌ترین علت: مشکلات مالی (۱/۳٪). ارتباط معنی‌دار بین DAMA و جنسیت و سن بیماران ($P < 0.001$). پیشنهاد: مشاوره اجباری با مددکار اجتماعی قبل از ترخیص برای آگاه‌سازی بیماران از عوارض DAMA.	بیمار	بیماران اورژانس	مقطعی	ساری	۱۳۹۷	ستاره و همکاران (۷۳).	۴۴
نرخ DAMA: ۱۱/۸ درصد مهم‌ترین دلایل: مشکلات بیمه (۳۰٪)، ارتباط ضعیف با کادر درمان، نارضایتی از مراقبت (۱۵/۷٪) رفتار نامناسب کارکنان، امکانات نامناسب اورژانس. بیشترین ترخیص در شیفت عصر و شیود.	بیمار	۴۰۱ بیمار DAMA	مقطعی	تهران	۲۰۱۳	بهادوری و همکاران (۷۵).	۴۶
نرخ کلی: DAMA: ۹٪. ارتباط معنی‌دار بین DAMA و وضعیت بیمه سلامت، بخش بیمارستان و نوع بیماری. بیماران اورژانس و بیماران بدون بیمه بیشتر در معرض DAMA بودند. این مطالعه DAMA را به عنوان یکی از شاخص‌های نارضایتی بیماران معرفی کرده است.	بیمار	۱۴۰ بیمار	مقطعی	سمنان	۲۰۲۴	پاراحمدی و همکاران (۷۶).	۴۷
نرخ DAMA در کاشان حدود ۱۰٪ گزارش شده است. کیفیت "افزای اطلاعات" در فرآیند رضایت آگاهانه در سطح متوسط ارزیابی شد، اما سایر ابعاد مانند درک بیمار، اختیار و رابطه با ارائه‌دهنده نسبتاً خوب بودند. بیمارانی که قبل از شروع درمان، درمان را رد کرده بودند، کیفیت پایین‌تری در دریافت اطلاعات گزارش کردند.	بیمار	۹۴۳ پرونده بیماران	گشسته نگر (مورد - شاعدی)	شیراز	۲۰۱۲	کاووسی و همکاران (۷۷).	۴۸
نرخ DAMA: ۵۱ درصد در بخش‌های بستری و ۱۰/۶ درصد در بخش سرپایی. ۵۵٪ دلایل مرتبط با بیمار و ۴۵٪ مرتبط با بیمارستان بود.	بیمار	۲۸۴ بیمار	مقطعی	اصفهان	۲۰۱۵	فرزندی پور و همکاران (۷۸).	۴۹
	بیمار	۶۸۳ بیمار بستری و ۲۸۲ بیمار سرپایی	مقطعی توصیفی	کرمان	۲۰۱۳	خراسانی زاده و همکاران (۷۹).	۵۰

مقایسه با شواهد بین‌المللی

مطالعات بین‌المللی به طور مداوم نشان می‌دهند که DAMA با پیامدهای نامطلوب، از جمله افزایش نرخ پذیرش مجدد، افزایش مرگ و میر و هزینه‌های بیش‌تر مراقبت‌های بهداشتی مرتبط است (۳۴-۸). اگر چه بسیاری از مطالعات ایرانی به طور مستقیم پیامدهای بالینی را ارزیابی نکردند، عوامل محرک گزارش شده، به ویژه فشار مالی و نارضایتی از مراقبت با مسیرهای علی‌شناسایی شده در تحقیقات بین‌المللی را منعکس می‌کنند (۲۹، ۳۵).

محدودیت‌های اقتصادی و نابرابری‌های سلامت

این مرور نشان می‌دهد که در ایران فشارهای اقتصادی و ناامنی مالی، در سراسر محیط‌های بیمارستانی متنوع، به‌طور مداوم به‌عنوان محرک‌های مرکزی DAMA

شناسایی شدند. هزینه‌های مستقیم بستری در بیمارستان، پرداخت از جیب برای اقدامات تشخیصی و درمانی، و هزینه‌های غیرمستقیم مانند از دست دادن درآمد و مسئولیت‌های مراقبتی در خانه، همگی در تصمیم‌بیماران و خانواده‌ها برای ترک بیمارستان بر خلاف توصیه پزشکی نقش داشتند. این یافته‌ها با ادبیات بین‌المللی همسواست که نشان می‌دهد تنگنای مالی و ناکافی بودن بیمه سلامت، از تعیین‌کننده‌های کلیدی DAMA هستند، در سطح جهانی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین، عدم پوشش بیمه و هزینه‌های غیرمنتظره مراقبت‌های بهداشتی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های DAMA هستند (۳۶-۹). به‌ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط که ساختارهای تأمین مالی سلامت، بار قابل توجهی را بر دوش خانوارها می‌گذارند (۳۷، ۳۸). در زمینه ایران، با وجود تلاش‌ها برای

گسترش پوشش بیمه، همچنان شکاف‌هایی در «عمق» و «گستره» حمایت مالی وجود دارد؛ به‌خصوص برای جمعیت‌های آسیب‌پذیر و افرادی که به مراقبت‌های تخصصی یا طولانی مدت نیاز دارند.

ارتباط، اعتماد و تجربه بیمار

گسست‌های ارتباطی و فرسایش اعتماد در روابط بیمار با ارائه دهنده خدمت، به‌عنوان تم بحرانی دیگری پدیدار شد. بسیاری از بیماران این‌گونه برداشت می‌کردند که سؤالات، نگرانی‌ها و ترجیحات آن‌ها به‌قدر کافی مورد توجه قرار نمی‌گیرد و این امر به احساس به‌حاشیه رانده شدن و نارضایتی از مراقبت منجر می‌شد (۳۹). در مقابل، ارائه دهندگان خدمت، محدودیت زمانی، بار کاری سنگین و فشارهای سازمانی را موانع اصلی بر سر راه ارتباط مؤثر و تصمیم‌گیری مشترک می‌دانستند. این پویایی‌ها بازتاب شواهد جهانی است که نشان می‌دهد ارتباط ضعیف و نبود مشارکت بیمار در تصمیم‌های بالینی با DAMA، کاهش پابندی به درمان و تجربه‌های منفی از مراقبت مرتبط است و بر نقش مرکزی ارتباط پزشک با بیمار و تصمیم‌گیری مشترک در پیشگیری از DAMA تأکید دارند (۳۹، ۴۰). در ایران، فرهنگ‌های سازمانی سلسله‌مراتبی و الگوهای سنتی اقتدار پزشکی ممکن است تلاش‌ها برای ترویج ارتباط مشارکتی و بیمار محور را پیچیده‌تر کنند.

به‌طور مشابه، یافته‌های این مرور نشان می‌دهد که ارائه اطلاعات ناکافی، بی‌اعتمادی و بی‌توجهی درک شده توسط کارکنان مراقبت‌های بهداشتی به تجربیات عاطفی منفی کمک کرده و DAMA را تسریع می‌کند. این مشاهدات با مدل‌های مراقبت بیمار-محور که به‌طور گسترده در ادبیات مراقبت‌های بهداشتی غربی مورد بحث قرار گرفته‌اند، همخوانی دارد (۱۱، ۴۱).

مرور حاضر همچنین نقش تجربه‌های هیجانی منفی در طول بستری مانند ترس، اضطراب، از دست دادن خودمختاری و احساس فقدان کرامت را در سوق دادن بیماران به سوی DAMA برجسته می‌کند. بیماران اغلب

ترخیص زود هنگام را راهی برای بازپس‌گیری کنترل بر بدن و زندگی خود تفسیر می‌کردند، به‌ویژه در مواردی که احساس می‌کردند به‌واسطه روال‌های نهادی، محدودیت‌های ملاقات یا اقدامات تهاجمی، از قدرت تصمیم‌گیری تهی شده‌اند. این موضوع با مطالعات کیفی در سایر محیط‌ها هم‌خوان است؛ مطالعاتی که DAMA را به‌مثابه بیان مقاومت یا خودحفاظتی در برابر تهدیدهای ادراک شده نسبت به هویت، خودمختاری یا ارزش‌های فرهنگی توصیف می‌کنند (۳۸، ۳۹). برای بیماران و خانواده‌های ایرانی، هنجارهای گسترده جامعه در حوزه حمایت خانوادگی، نقش‌های جنسیتی و انتظارات از مراقبت می‌توانند شکل تجربه و چگونگی مذاکره بر سر بستری در بیمارستان را تعیین کنند.

ترخیص بر خلاف توصیه پزشک به عنوان یک تنش اخلاقی

در گفتمان جهانی زیست اخلاقی، DAMA اغلب به عنوان تنشی بین خودمختاری بیمار و اصل سودمندی قاب‌بندی می‌شود (۳۱، ۴۲). از منظر متخصصان مراقبت سلامت، DAMA اغلب با تنش‌های اخلاقی و حرفه‌ای همراه بود. ارائه دهندگان خدمت از احساس ناامیدی، رنج اخلاقی و نگرانی از پیامدهای حقوقی احتمالی هنگام تصمیم‌بیماران برای ترک بیمارستان بر خلاف توصیه پزشکی گزارش دادند. مسائل نظام‌مند از جمله کمبود نیروی انسانی، ناکافی بودن خدمات حمایت روان اجتماعی و نبود پروتکل‌های مؤثر در سطح مؤسسه برای مدیریت DAMA، عواملی تلقی شدند که این چالش‌ها را تشدید می‌کنند. این یافته‌ها ضرورت مداخلات سازمانی و سطح سیاست‌گذاری را برجسته می‌سازند؛ مداخلاتی که فراتر از سرزنش فردی رفته و شرایط ساختاری‌ای را که DAMA در بستر آن رخ می‌دهد نشانه می‌گیرند.

مطالعات کیفی از ایران همچنین نشان می‌دهند که بیماران اغلب DAMA را نه به عنوان امتناع از درمان، بلکه به عنوان تأکید بر حق خود تعیینی تفسیر می‌کنند. این تفسیر با دیدگاه‌های اخلاق بالینی بین‌المللی که به

جای پاسخ‌های صرفاً حقوقی به DAMA، از رویکردهای محاوره‌ای و رابطه‌ای حمایت می‌کنند، همسو است (۳۲، ۴۳).

پیامدهای بالینی و سیاستی

شواهد بین‌المللی نشان می‌دهد که مداخلاتی مانند گسترش پوشش بیمه، افزایش مهارت‌های ارتباطی بالینگران و اجرای پروتکل‌های مدیریت ساختاریافته DAMA می‌تواند به طور قابل توجهی نرخ DAMA را کاهش دهد (۴۴، ۴۵). یافته‌های این مرور تأکید می‌کنند که چنین استراتژی‌هایی در ایران باید با دقت با زمینه‌های فرهنگی، اقتصادی و سازمانی محلی سازگار شوند. بدون زمینه‌سازی در این خصوص، DAMA به احتمال زیاد به عنوان یک سیگنال هشدار دهنده از عدم همسویی بین سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی و نیازهای بیماران باقی خواهد ماند (۴۶، ۴۷).

در مجموع، شواهد حاکی از آن است که کاهش DAMA در ایران مستلزم راهبردهای چند سطحی است که حمایت اقتصادی، آموزش مهارت‌های ارتباطی، الگوهای مراقبت بیمار محور و اصلاحات نظام‌مند را یکپارچه کنند. این مرور نظام‌مند، تلفیقی جامع و چند منظره از شواهد مربوط به ترخیص بر خلاف توصیه پزشکی (DAMA) در ایران ارائه می‌دهد. با ادغام یافته‌های کمی درباره شیوع و عوامل پیش‌بینی کننده با بینش‌های کیفی درباره تجربه‌های زیسته، تنش‌های اخلاقی و پویایی‌های سازمانی، این مرور نشان می‌دهد که DAMA پدیده‌ای پیچیده است که نمی‌توان آن را صرفاً به تصمیمات فردی بیماران یا مستندسازی‌های حقوقی تقلیل داد. بلکه DAMA در نقطه تلاقی آسیب‌پذیری اقتصادی، گسست‌های ارتباطی، تجربه‌های

هیجانی منفی از بستری در بیمارستان و محدودیت‌های ساختاری که هم بیماران و هم متخصصان مراقبت سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند، شکل می‌گیرد.

یافته‌ها بر نیاز فوری به مداخلات چند وجهی تأکید دارند که موانع مالی دسترسی به مراقبت را برطرف کنند، ارتباط میان بیمار و ارائه دهنده خدمات را تقویت نمایند و ظرفیت نظام سلامت را برای پاسخ‌گویی به نیازهای روان اجتماعی و اطلاعاتی بیماران افزایش دهند. اقدامات سیاستی با هدف بهبود پوشش بیمه سلامت، کاهش پرداخت‌های مستقیم از جیب و تضمین دسترسی عادلانه به خدمات برای کاهش عوامل اقتصادی مؤثر بر DAMA ضروری هستند. در سطح بالینی، ترویج مراقبت بیمار محور، تصمیم‌گیری مشترک و ارتباطات حساس به فرهنگ می‌تواند به بازسازی اعتماد کمک کرده و نیاز ادراک شده به ترخیص زود هنگام را کاهش دهد.

برای سازمان‌های مراقبت سلامت و سیاست‌گذاران در ایران، DAMA باید به عنوان شاخصی از عملکرد نظام سلامت و تجربه بیمار، نه صرفاً یک طبقه‌بندی اداری شناخته شود. تدوین پروتکل‌های استاندارد برای مدیریت DAMA، ارائه آموزش و حمایت از متخصصان مراقبت سلامت و نیز گنجاندن بازخورد بیماران و خانواده‌ها در برنامه‌های بهبود کیفیت، گام‌های مهمی در جهت کاهش DAMA و پیامدهای زیان‌بار مرتبط با آن محسوب می‌شوند. پژوهش‌های آینده باید بر ارزیابی مداخلات هدفمند، بررسی جمعیت‌ها و محیط‌های کم‌تر مورد مطالعه و همچنین قرار دادن تجربه ایران در چارچوب گسترده‌تر منطقه‌ای و بین‌المللی تمرکز کنند تا امکان یادگیری تطبیقی و انتقال سیاست‌ها فراهم شود.

References

- 1- Motaarefi H, Sakhaei S, Soheili A, Ebrahimpour Sadagheyani H. Explaining perceptions of discharge against medical advice as a patient's legal right: a qualitative study. Iran J Med Ethics Hist Med 2025;18(12).
- 2- Moradi M, Namdar P, Ghapanvari F, Yekefallah L. Lived experiences of patients

- hospitalized with COVID-19: a phenomenological study in northwest Iran. *J Nurs Res* 2021;25(2):327-340.
- 3- Yoosefi Lebni J, Irandoost SF, Safari H, Xosravi T, Ahmadi S, Soofizad G, et al. Lived experiences and challenges of families of COVID-19 victims : A Qualitative Phenomenological Study in Tehran, Iran. *Inquiry* 2022 ;59:00469580221081405 PMID: 35225048.
 - 4- Behzadi Nezhad M, Jafari A, Bahrami MA. The quality of hospital discharge from the perspective of stakeholders: a case study in Iran. *Health Manag Inf Sci* 2025;12(3):139-148.
 - 5- Karimi SAP, Saravi BM, Farahabbadi EB, Zamanfar D, Fallah M, Abokheily MA. Studying the Rate and causes of discharge against medical advice in hospitals affiliated to Mazandaran University of Medical Sciences. *Mater Sociomed* 2014;26(3):203-207.
 - 6- Tan SY, Feng JY, Joyce C, Fisher J, Mostaghimi A. Association of hospital discharge against medical advice with readmission and in-hospital mortality. *JAMA Netw Open* 2020;3(5):e206009 PMID: 32525546.
 - 7- Cam H, Wennl f B, Gillespie U, Franzon K, Nielsen EI, Ling M, et al. Complexities of communication at hospital discharge of older patients. *BMC Health Serv Res* 2023;23(1):1211 PMID: 37932683.
 - 8- Holmes EG, Cooley BS, Fleisch SB, Rosenstein DL. Against medical advice discharge: a narrative review. *Am J Med* 2021;134(6):721-727.
 - 9- Alagappan A, Chambers TJG, Brown E, Grecian SM, Lockman KA. How does discharge against medical advice affect risk of mortality and unplanned readmission? A retrospective cohort study set in a large UK medical admissions unit. *BMJ Open* 2023;13(3):e068801 PMID: 36972969.
 - 10- Foster K, Caswell A, James L, Jessani H, Polanco A, Viggiano M, et al. Risk factors and interventions of discharge against medical advice: narrative review. *Am J Med Sci* 2023;366(1):16-21 PMID: 37080431.
 - 11- Stra ner C, Hoffmann M, Forstner J, Roth C, Szecsenyi J, Wensing M. Interventions to improve hospital admission and discharge management: umbrella review. *Qual Manag Health Care* 2020;29(2):67-75 PMID: 32224790.
 - 12- Forstner J, Litke N, Weis A, Stra ner C, Szecsenyi J, Wensing M. How to fall into a new routine: Factors influencing implementation of admission and discharge programmes. *BMC Health Serv Res* 2022;22:1289.
 - 13- Halvaei SR, Vahedi HSM, Ahmadi A, Mousavi MS, Parsapoor A, Sima AR, et al. Rate and causes of discharge against medical advice from emergency department in Iran : an ethical perspective. *J Med Ethics Hist Med* 2020;13:15 PMID: 33532044.
 - 14- Shirmohammadi M, Bouraghi H, Karimi B, Mohammadpour A. Discharge against medical advice from emergency department of Sina Hospital : A Cross-sectional Study of the Involved Causes and Factors. *Avicenna J Care Health Oper Room* 2023;1(3):84-89.
 - 15- Soraya S, Zolfi M, Seddigh R, Mohammadsadeghi H, Hadi F. Discharge of psychiatric patients against psychiatrist's advice. *Med J Islam Repub Iran* 2021;35:92 PMID: 34956938.

- 16- Ebnehoseini Z, Khorasani H, Koohjani Z, Zibaei M, Deghatipour A, Saghebi A, etal. Factors affecting discharge against medical advice in psychiatric patients over 10 years. *Iran J Med Sci* 2024;49(7):467-469 PMID: 39114636.
- 17- Vahedi S, Torabipour A, Takian A, Mohammadpur S, Olyaeemanesh A, Kiani MM, etal. Socioeconomic determinants of unmet outpatient healthcare needs in Iran. *BMC Public Health* 2021;21(1):457 PMID: 33676480.
- 18- Ranjbar Ezzatabadi M, Atashbahar O, Rafiei S. Factors associated with discharge against medical advice in teaching hospitals : A case study in Iran. *J Health Organ Manag* 2018;11(2):106-111.
- 19- Azizzadeh F, Pourranjbar S. Causes of discharge against medical advice and reduction strategies. *Indian J Med Sci* 2021;73(1):88-92.
- 20- Shafaghat T, Jabbari A, Kavosi Z, Hosseini SM, Ayoubian A, Aidun A, Rahimi-Zarchi M. K. Discharge against medical advice: qualitative case study. *Galen Med J* 2016;5(1): e597
- 21- Taghizadieh A, Azami-Aghdash S, Piri R, Naghavi-Behzad M, Jabbari Beyrami H. Effects of Iranian healthcare transformation plan on discharge against medical advice rate and related factors in 2012 and 2016. *BMJ Open*. 2019 Sep 4;9(9):e024291.
- 22- Lotfi M, Zamanzadeh V, Valizadeh L, Khajehgoodari M. Assessment of Nurse–patient communication and patient satisfaction from nursing care. *Nurs Open* 2019;6(3):1189-1196 PMID: 31367445.
- 23- Chegini Z, Jafari-Koshki T, Kheiri M, Behforoz A, Aliyari S, Mitra U, Islam SMS. Missed nursing care in Iranian hospitals : A cross-sectional survey. *J Nurs Manag* 2020;28(6):2205-2215 PMID: 32472718.
- 24- Ayyoubzadeh SM, Ghazisaeedi M. Factors related to patients' length of stay. *Health Inf Sci Syst* 2020;8(1):9.
- 25- Pakpour V, Ghafourifard M, Salimi S. Iranian Nurses' attitudes toward nurse-physician collaboration and its Relationship with Job Satisfaction. *J Caring Sci* 2019;8(2):111-116 PMID: 31249821.
- 26- Vejdani M, Molavi Taleghani Y. Reasons for discharge against medical advice among Patients Admitted to Ghaem Research-Training and Medical Center of Mashhad, Iran, in 2015. *Patient Saf Qual Improv* 2018;6(1):656-661.
- 27- Imhof L, Bartels R, Blum K, Blume KS, Fleischer S, Gottschalk S,etal. Hospital discharge planning in cardiac care: study protocol for a mixed-methods study on the implementation, influencing factors and quality of care in Germany. *BM J Open* 2025;15(8):e102212 PMID: 40780714.
- 28- Shirmohammadi M, Bouraghi H, Karimi B, Mohammadpour A. Discharge against medical advice from emergency department: cross-sectional study of the Involved Causes and Factors. *Avicenna J Care Health Oper Room* 2023;1(3):84-89.
- 29- Omonaiye O, Ward-Stockham K, Darzins P, Kitt C, Newnham E, Taylor NF. Hospital discharge processes : Insights from patients, caregivers, and staff in an Australian healthcare setting. *PLoS One* 2024;19(9):e0308042 PMID: 39298446.
- 30- Cam H, Wennlöf B, Gillespie U, Franzon K, Nielsen EI, Ling M, etal. The communication at hospital discharge of older patients : a qualitative study of

- healthcare professionals' views. *BMC Health Serv Res* 2023;23(1):1211 PMID: 37932683.
- 31- Forstner J, Litke N, Weis A, Straßner C, Szecsenyi J, Wensing M. Implementation of admission and discharge programmes. *BMC Health Serv Res* 2022;22(1):1289 PMID: 36284324.
- 32- Dimla B, Parkinson L, Wood D, Powell Z. Hospital discharge planning : A systematic literature review on the support measures that social workers undertake to facilitate older patients' transition from hospital admission back to the community. *Australas J Ageing* 2023 ;42(1):20-33 PMID: 36180976.
- 33- Bhoomadevi A, Baby TM, Keshika C. Factors influencing discharge against medical advice (DAMA) cases at a multispecialty hospital. *J Fam Med Prim Care* 2019;8(12):3861-3864 PMID: 31879626.
- 34- Sealy L, Zwi K, McDonald G, Saavedra A, Crawford L, Gunasekera H. Predictors of discharge against medical advice in paediatric hospital. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(8):1326 PMID: 31013860.
- 35- Ryder T, Close J, Harris I, Cameron ID, Seymour H, Armstrong E, et al. Patient and hospital factors influencing discharge destination following hip fracture. *Australas J Ageing* 2021 ;40(3):e234-e243 PMID: 33491281.
- 36- Choi JW, Yoo A, Bang H, Park HK, Lee HJ, Lee H. Provider perspectives on discharge support programs in Korea. *J Prev Med Public Health* 2024;57(6):572-585.
- 37- Ko YJ, Lee JH, Baek SH. Discharge transition after hip fracture surgery : a qualitative study. *BMC Nurs*. 2021;20:112.
- 38- Tsuboi H, Fujimori K. Effectiveness of Hospital discharge support and readmission rates in Japan. *Tohoku J Exp Med* 2020;251:225-233 PMID: 32684534.
- 39- Tsuruwaka M, Ikeguchi Y, Nakamura M. When do Physicians and Nurses Start Communication about advance care planning ? A Qualitative Study at an Acute Care Hospital in Japan. *Asian Bioeth Rev* 2020 ;12(3):289-305 PMID: 33717339.
- 40- Agerholm J, Jensen NK, Liljas A. Healthcare professionals' perception of Barriers and facilitators for care coordination at discharged from hospital: A qualitative comparative study of two Nordic capitals. *BMC Geriatr* 2023;23(1):32 PMID: 36658516.
- 41- Skudlik S, Hirt J, Döringer T, Thalhammer R, Luftl K, Prodingen B, et al. Challenges and care strategies associated with the Admission to nursing homes: scoping review. *BMC Nurs* 2023;22(1):5.
- 42- Imhof L, Bartels R, Blum K, Blume KS, Fleischer S, Gottschalk S, et al. Hospital discharge planning in cardiac care: study protocol for a mixed-methods study on the implementation, influencing factors and quality of care in Germany. *BMJ Open* 2025;15(8):e102212 PMID: 40780714.
- 43- Cerqueira AJ, Oliveira CV. Discharge against medical advice: what to do, doctor?. *Rev Bioet*. 2023;31(1).
- 44- Peiffer-Smadja N, Lucet JC, Bendjelloul G, Bouadma L, Gerard S, Choquet C, et al. Challenges and issues about Organizing a hospital to response to the COVID-19 outbreak : experience from a French

- reference centre. Clin Microbiol Infect 2020;26(6):669-672 PMID: 32278082.
- 45- Holmes EG, Cooley BS, Fleisch SB, Rosenstein DL. Against medical advice discharge: A Narrative Review and Recommendations for a systematic approach. Am J Med 2021 ;134(6):721-726 PMID: 33610522.
 - 46- Puthattayil ZB, Luu TM, Beltempo M, Cross S, Pillay T, Ballantyne M, Synnes A, et al. Risk factors for rehospitalization following neonatal discharge of extremely preterm infants in Canada. Paediatr Child Health 2021;26(2):e96-e104.
 - 47- Alhajeri SS, Atfah IA, Bin Yahya AM, Al Neyadi SM, Al Nuaimi ME, Al Ameri FS, et al. Leaving against medical advice: current problems and solutions. Cureus 2024;16(7):e64230 PMID: 38988898.
 - 48- Noohi K, Komsari S, Nakhaee N, Yazdi Feyzabadi V. Reasons for Discharge against Medical Advice: A Case Study of Emergency Departments in Iran. Int J Health Policy Manag. 2013 Jun 21;1(2):137-42.
 - 49- Manouchehri J, Goodarzynejad H, Khoshgoftar Z, Sheikh Fathollahi M, Aghamohammadi Abyaneh M. Discharge against medical advice among inpatients with heart disease in Iran. J Tehran Univ Heart Cent. 2012;7(2):72-77.
 - 50- Shirani F, Jalili M, Asl-E-Soleimani H. Discharge against medical advice from emergency department: results from a tertiary care hospital in Tehran, Iran. Eur J Emerg Med. 2010 Dec;17(6):318-21.
 - 51- Ashrafi E, Nobakht S, Keykaleh MS, Kakemam E, Hasanpoor E, Sokhanvar M. Discharge against medical advice (DAMA): Causes and predictors. Electron Physician. 2017 Jun 25;9(6):4563-4570.
 - 52- Alidoust F, Yahyavi ST. Exploring the inner roots of discharge against medical advice (DAMA) in an academic psychiatric hospital: a qualitative study. Middle East Curr Psychiatry. 2022;29:70. doi: 10.1186/s43045-022-00237-6.
 - 53- Azami-Aghdash S, Abolghasem Gorji H, Moradi-joo M, Almas pour H, Royani S. Frequency and causes of discharges against medical advice from hospital cardiac care units of East Azerbaijan, Iran. J Res Clin Med. 2016;4(1):27-32. doi: 10.15171/jarcm.2016.015.
 - 54- Kogaei Bidgoli H, Moravveji A, Akbari H, et al. Comparison of discharge against medical advice between elderly and younger patients. Iran J Ageing. 2016;11(2):276-283.
 - 55- Ravanipour M, Tavasolnia S, Jahanpour F, Hoseini S. Appointment of important causes of discharge against medical advice in patients in Gachsaran Rajaii hospital in primary 6 months of 2013. J Educ Ethics Nurs. 2014;3(1):1-7.
 - 56- Mayel M, Esmaili Ranjbar A, Movahedi M, Emaeili Ranjbar F, Mirafzal A. Pre-hospital time intervals in trauma patient transportation by emergency medical service: association with the first 24-hour mortality. J Emerg Pract Trauma. 2016;2(2):37-41.
 - 57- Esmaili Ranjbar A, Moussavi A, Ostadebrahimi H, Bazmandegan GH, Abbasifard M, Sanji Rafsanjan M, Kamiab Z. Assessment the Causes of Discharge against Medical Advice in Emergency Department in the Emergency Room of Ali Ibn Abi Talib Hospital, Rafsanjan. J

- Sabzevar Univ Med Sci. 2024;31(4):387-395.
- 58- Heydari M, Khosravizadeh O, Kalhor R, Sharifi M, Ahmadzadeh Ghasab A. Discharge Against Medical Advice in Teaching Hospitals: A Telephone Survey. *J Client-Centered Nurs Care*. 2017;3(4):277-282.
- 59- Shirmohammadi M, Bouraghi H, Karimi B, et al. Rate and Causes of Discharge against Medical Advice from the Emergency Department of Sina Hospital. *Avicenna J Care Health Oper Room*. 2023;1(3):84-89.
- 60- Ardakani MF, Farajkhoda T, Mehrabbeik A. Lived Experiences of Recovered COVID-19 Patients after Hospitalization: A Phenomenological Research. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2022;27(4):308-316. doi: 10.4103/ijnmr.ijnmr_298_21.
- 61- Talebpour A, Sadeghi-Bazargani H, Jannati A, Hosseini-fard H, Gholizadeh M. Patient-Level and Physician-level Predictors of Discharge Against Medical Advice: A Multilevel Modeling Approach. *Health Scope*. 2024;13(2):e145131.
- 62- Hadadi A, Khashayar P, Karbakhsh M, Vasheghani Farahani A. Discharge against medical advice from a Tehran emergency department. *Int J Health Care Qual Assur*. 2016;29(1):24-32. doi: 10.1108/IJHCQA-03-2015-0030.
- 63- Mahdipour S, Shahrokhi Rad R, Naghdipour Mirsadeghi M, Biazar G, Javanak M, et al. Discharge Against Medical Advice from Neonatal Intensive Care Unit and Some Influencing Factors in an Academic Center. *Zahedan J Res Med Sci*. 2024;26(2):e135409. doi: 10.5812/zjrms-135409.
- 64- Ashrafi E, Nobakht S, Keykaleh MS, Kakemam E, Hasanpoor E, Sokhanvar M. Discharge against medical advice (DAMA): Causes and predictors. *Electron Physician*. 2017;9(6):4563-4570. doi: 10.19082/4563
- 65- Salarikhah E, Farahzadi MH, Moazen H, Masoud M. Factors Associated with Discharge against Medical Advice among Patients Hospitalized in the Psychiatric Hospital of Yazd Province, Iran (2023–2024). *Evid Based Health Policy Manag Econ*. 2026;9(3):145-151. doi: 10.18502/jebhpme.v9i3.21674.
- 66- MohammadiKojidi H, Fayazi HS, Badsar AR, Rostamali N, Attarchi MS. Assessment of the Causes of Discharge against Medical Advice in Hospitalized Patients in Emergency Department. *J Guilan Univ Med Sci*. 2020;29(1):33-42.
- 67- Tabatabaei SM, Ghazi M, Tabatabaei Z, et al. Hospitalized Pregnant Women Who Leave Against Medical Advice: Attributes and Reasons. *Matern Child Health J*. 2016;20(1):128-135. doi: 10.1007/s10995-015-1813-6.
- 68- Shams-alizadeh N, Mogadam M, Ansari Z, Yousefi F. Discharge against medical Advice and its related factors in Ghods Psychiatric Hospital in Sanandaj during 2017. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci*. 2025;29(6):119-126.
- 69- Pouragha B, Rajaei R, Najafi M. Evaluation of Discharge Against Medical Advice in Victims of Traffic Accidents at the Emergency Department: A Case study. *Evid Based Health Policy Manag Econ*. 2018;2(3):202-207.
- 70- Begjani J, Nikbakht Nasrabadi A, Peiravi H. The Process of Parents' Decision-

- Making to Discharge their Child against Medical Advice (DAMA): A Qualitative Study. *JHC*. 2018;19(4):272-284.
- 71- Mohseni M, Alikhani M, Tourani S, Azami-Aghdash S, Royani S, Moradi-Joo M. Rate and Causes of Discharge against Medical Advice in Iranian Hospitals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Public Health*. 2015;44(7):902-912
- 72- Maleki Jamasbi M, Azami H, Samari B, Yousofvand V, Shourcheh E. Epidemiological Survey of Mortality and Morbidity Caused by Cardiovascular Diseases in Patients Admitted to the Cardiac Care Units of Hamadan Educational-medical Hospitals, Hamadan, Iran, in 2017. *J Health Res Commun*. 2019;5(3):27-38
- 73- Setareh J, Allameh Y, Mohseni Moalemkolaei N, Bagheri M. Prevalence of Discharge against Medical Advice in Psychiatric Patients and Associated Factors. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2018; 28 (166) :226-230
- 74- Mirzakhani F, Reihani HR, Hashtarkhani S, Rahmatinejad Z, Eslami S, Tabesh H. Identification of related factors to discharge against medical advice in an emergency department: a cross-sectional study. *J Neyshabur Univ Med Sci*. 2018;6(1):1-11
- 75- Bahadori M, Raadabadi M, Salimi M, Ravangard R. Discharge against medical advice: a case study in a public teaching hospital in Tehran, Iran in 2012. *Glob J Health Sci*. 2013;5(6):180-185. doi: 10.5539/gjhs.v5n6p180
- 76- Yarahmadi M, Ayati M, Ghorbanian MT. Investigating the Reasons of Discharge With the Personal Consent of Patients Admitted to the Emergency Ward of Kowsar Hospital in Semnan City, Iran. *J Guilan Univ Med Sci*. 2024;33(2):188201.doi:10.32598/JGUMs.33.2.2124.1
- 77- Kavosi Z, Hatam N, Hayati Abbarek H, Nemati J, Bayati M. Factors Affecting Discharge against Medical Advice in a Teaching Hospital in Shiraz, Iran. *Health Inf Manag*. 2012;9(4):448-456
- 78- Farzandipour M, Sheikhtaheri A, Sadeqi Jabali M. Perceived Quality of Informed Refusal Process: A Cross-Sectional Study from Iranian Patients' Perspectives. *Dev World Bioeth*. 2015;15(3):172-178. doi: 10.1111/dewb.12054
- 79- Khorasani Zadeh M, Ebrahimi HA. Evaluation of Patients' Reasons for Discharge against Medical Advice in Shafa Hospital, Kerman, Iran. *Health Inf Manag*. 2013;10(3)